



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
Curso de Graduação em Medicina

Bárbara Serafini Breda  
Luana Emanuele Bidoia Garcia

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO INTERNATO MÉDICO DA UFFS, *CAMPUS*  
CHAPECÓ

Chapecó - SC, 2021

BÁRBARA SERAFINI BREDA  
LUANA EMANUELE BIDOIA GARCIA

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO INTERNATO MÉDICO DA UFFS, *CAMPUS*  
CHAPECÓ

Trabalho de Curso (TC) apresentado à UFFS,  
*Campus* Chapecó, como parte dos requisitos para  
obtenção do grau de Médica.

Professora Orientadora: Dra. Graciela Soares  
Fonsêca.

Chapecó - SC, 2021

## RESUMO

O estágio curricular obrigatório corresponde a um período essencial para a formação médica no qual o aprendiz, por meio de treinamento supervisionado no serviço de saúde, desenvolve e aperfeiçoa competências e conhecimentos da prática médica. Em 2014, foram instituídas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que orientam as atividades da formação médica de acordo com o cenário observado no Sistema Único de Saúde (SUS), visando qualificar os profissionais para que as demandas dos cidadãos, famílias e comunidades sejam atendidas. Nesse contexto, através do Programa Mais Médicos (PMM) e das iniciativas para expansão das escolas médicas no Brasil, o curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó, iniciou suas atividades em 2015, passando a compor o conjunto de cursos orientados pelas novas DCN. Este artigo se propôs a analisar o processo de implementação do internato médico da UFFS, *Campus* Chapecó, sob a óptica dos estudantes. Trata-se de estudo qualitativo, em que os dados foram coletados por meio de um questionário enviado aos discentes do curso, com um total de 29 participantes. A análise dos dados produzidos foi efetuada pela técnica hermenêutica dialética. As categorias de análise foram Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde, as quais abordaram tópicos acerca de a) Técnicas operacionais, como o correto preenchimento de prontuários, o aprendizado de manobras e técnicas do exame físico e a comunicação de hipóteses estabelecidas e compartilhamento do processo terapêutico com o paciente; b) Integração entre serviço, ensino e comunidade, discutindo a adaptação da estrutura dos serviços de saúde para receber os acadêmicos, percepções acerca do número e qualidade dos cenários de prática, atuação dos estudantes no serviço de saúde e incentivo a contribuir com ações no contexto do SUS; c) Estruturação do internato, discorrendo acerca da carga horária total dos estágios, apontando quais rodízios demonstraram maior e menor organização e quais foram seus métodos avaliativos; d) Preceptoria, aprofundando sobre a atuação dos preceptores nos cenários práticos, a qualidade da preceptoria e da comunicação entre preceptores e estudantes. Concluiu-se que o processo de implementação do internato médico da UFFS *Campus* Chapecó está em consonância com as novas DCN, porém, demanda aprimoramentos para atingir integralmente os objetivos de aprendizagem especificados no regulamento do curso.

**Palavras-chave:** Internato em Medicina; Educação Médica; Sistema Único de Saúde; Recursos humanos para a Saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

O estágio curricular obrigatório é uma importante etapa na formação médica, uma vez que permite ao estudante aplicar e intensificar os conhecimentos teóricos na prática, com atribuição gradual de autonomia e responsabilidade, bem como promove o desenvolvimento de habilidades técnicas fundamentais para a atuação do futuro profissional. O estágio médico passou por diversas estruturações, desde o início de sua idealização, em meados da década de 50, quando cabia ao estudante de medicina buscar áreas especializadas para iniciar suas práticas, desfalcando o conhecimento da clínica geral. Nesta época, o modelo Flexneriano, hegemônico, favorecia a formação centrada nas doenças, desconsiderando a influência de fatores sociais, coletivos e públicos na saúde (PAGLIOSA; ROS, 2008).

A primeira regulamentação do internato no Brasil se deu em 1969, tornando-o obrigatório como período especial de aprendizagem (BATISTA; CÂNDIDO, 2019). Nesse período, as discussões relacionadas à saúde como direito universal efervesciam com o movimento da Reforma Sanitária, que sugeria mudanças no modelo elitista dos serviços de saúde. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, representou um produto desse movimento (FERREIRA *et al.*, 2015).

Com o estabelecimento do novo sistema, variadas demandas em saúde foram identificadas, determinadas por fatores territoriais, econômicos, culturais e sociais, gerando, também, a necessidade de modificar a formação e atuação dos profissionais que proveriam assistência a esses indivíduos. Assim, por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, foram publicadas e detalhadas orientações acerca dos processos de capacitação de estudantes e profissionais para a atuação nesse sistema (FERREIRA *et al.*, 2019).

Após décadas de discussões e reflexões sobre a estruturação da saúde pública e do ensino médico, em 2001, as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de medicina foram formuladas, visando proporcionar uma formação médica generalista, humanista, crítica e reflexiva (BRASIL, 2001). Em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM) propôs melhorias no sistema de saúde, evidenciando as necessidades de: a) suprir a carência de médicos em regiões periféricas; b) organizar e fortalecer a Atenção Básica; c) promover um ensino médico com ênfase no aprendizado teórico-prático; d) incentivar os egressos a integrarem os serviços públicos de saúde; e) englobar os avanços tecnológicos nas ações de cuidado em saúde, sem perder o vínculo e o respeito nas relações humanas (VIEIRA *et al.*,

2018).

Nesse contexto, a elaboração do PMM orientou a atualização das diretrizes, fornecendo suporte para sua reformulação, em 2014 (BRASIL, 2014). Ao buscar esclarecer as competências desejadas para o perfil do egresso do curso de medicina, as DCN de 2014 orientaram reestruturações na colaboração entre ensino e serviço, passando a priorizar o estreitamento do vínculo entre teoria e prática para o estabelecimento do processo de ensino-aprendizagem, tornando o aprendizado mais significativo para o estudante (CHAVES; GROSSEMAN, 2007).

As DCN vêm atuando na modificação da formação em saúde, englobando as inovações e associando-as a uma visão clínica integral e holística, pretendendo compreender o ser humano em todas as suas dimensões (ADLER; GALLIAN, 2014). Objetivam, ainda, garantir atendimentos mais resolutivos com ênfase na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Saúde Mental, promovendo ações efetivas de cuidado em todos os níveis de atenção em saúde e incentivando o trabalho em equipe multiprofissional (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

No contexto de reestruturações das escolas médicas do Brasil, instituído em consonância com as diretrizes atuais, o curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó, teve seu início em 2015, cumprindo-se o primeiro ano de internato do curso em 2019, adequado às possibilidades oferecidas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Chapecó e outras cidades da Região Oeste de Santa Catarina. A carga horária do internato é de 3555 horas e corresponde a 41,22% da carga horária total do curso. Os cenários de prática compreendem Unidades Básicas de Saúde, Serviços Especializados, Hospitais, Maternidades e Unidades de Pronto Atendimento.

Considerando as importantes atualizações referentes à formação médica no país, bem como as crescentes demandas em saúde da população, este estudo se propôs a analisar o processo de implementação do internato médico da UFFS, *Campus* Chapecó, sob a percepção dos estudantes. As reflexões sugeridas pelo estudo tiveram como premissa as competências do graduando e o perfil do egresso almejado nas novas DCN para a graduação em medicina.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo realizado na UFFS, *Campus* Chapecó. Foram convidados a participar do estudo os 73 discentes com matrícula ativa na primeira e na segunda

turmas do curso de Medicina que, durante a coleta de dados, cursavam o 9º, 10º, 11º e 12º períodos da graduação, correspondentes ao primeiro e segundo ano de estágio curricular obrigatório. Os participantes foram convidados a participar do estudo via e-mail e aplicativo de mensagem (Whatsapp). Dessa forma, a amostra deu-se por conveniência, definida em função do aceite dos sujeitos listados anteriormente para participar do estudo, gerando um total de 29 participantes ao final da coleta.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário produzido e disponibilizado em endereço eletrônico, através da plataforma Google Forms, entre os meses de março e junho de 2021. O questionário, desenvolvido pelas autoras com base no referencial teórico sobre a temática e nas DCN para a graduação em medicina, foi constituído por dezenove questões dissertativas que compreenderam as concepções individuais e explanações consideradas necessárias para a compreensão do tema abordado. Previamente à coleta, foi realizado um estudo piloto com dois estudantes da primeira turma, o que permitiu alguns ajustes no questionário.

O material foi organizado em arquivo editável e codificado de acordo com a turma (T1 e T2) e o número do estudante (01 a 29). Emergiram do material coletado três categorias de análise, organizadas a partir de conteúdo presente nas DCN: *Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde*.

O material foi interpretado a partir de análise hermenêutica-dialética, juntando aspectos intrínsecos aos examinadores com aspectos críticos da realidade (MINAYO, 2014).

O projeto de pesquisa seguiu os requisitos éticos presentes na Resolução 466 de 2012 e foi aprovado para desenvolvimento pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFFS por meio do parecer 3.291.611 de 29 de abril de 2019.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Responderam ao questionário 29 estudantes, sendo 19 mulheres (65,5%) e 10 homens (34%). Do total, 11 (34,5%) cursavam o 9º período, 05 (17,2%) cursavam o 10º período, 09 (31%) cursavam o 11º período e 05 (17,2%) cursavam o 12º período. A faixa etária variou de 23 a 41 anos, sendo a média de idade de 24 anos.

As DCN orientam a organização, o desenvolvimento e a avaliação dos cursos de Medicina no país. Estabelecem, ainda, os princípios, fundamentos e finalidades da formação médica, bem como determinam, por meio do Art. 3º, que:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética,

com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014, p.01).

Dada a necessidade de articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso na atuação médica, o documento foi organizado nas esferas de Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. Também foram formuladas orientações a respeito dos Conteúdos Curriculares e Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014). Embasadas neste documento, as categorias de análise do presente trabalho também seguiram essa divisão e serão discutidas a seguir.

### **3.1 ATENÇÃO À SAÚDE**

As DCN estabelecem áreas de competência para a prática médica objetivando viabilizar as transformações curriculares propostas pelo documento. Dessa forma, estipula que, dentre outros conhecimentos, o aluno deve dominar o preenchimento de prontuários, manobras e técnicas do exame físico, assim como ter a capacidade de comunicar-se com o paciente, esclarecendo hipóteses e compartilhando o processo terapêutico (BRASIL, 2014).

Componente importante da estrutura operacional das RAS, o prontuário tem como principal objetivo dar suporte para a comunicação entre profissionais de saúde, integrando e assegurando o seguimento adequado do paciente (BILO, 2009). Além de ser uma ferramenta de educação para profissionais e usuários, o prontuário é imprescindível na gestão da atenção à saúde, pois permite a criação de fluxos que abastecem os sistemas de informação e possibilitam o desenvolvimento de pesquisas científicas, planejamentos financeiros e gerenciais, assim como estratégias de cuidado (MENDES, 2011).

Quanto ao preenchimento deste documento, os alunos se mostraram, de forma geral, satisfeitos com o aprendizado do registro e progressivamente seguros em realizá-lo ao longo do internato. Citaram como fator relevante o preenchimento correto para posterior acompanhamento por outro profissional de saúde, mostrando estarem em consonância com a atenção continuada, conforme respostas a seguir:

*“[...] Ao nos depararmos com a vivência prática, entendemos o quão importante é o preenchimento de um prontuário de maneira completa*

*e que outro colega possa ler e compreender o que foi observado e realizado com o paciente” (T2-E04).*

*“Aprendi que preciso escrever tudo, subentendendo que alguma pessoa que não conhece o caso precise entendê-lo depois [...]” (T1-E01).*

De acordo com o Código Civil, o médico é responsabilizado quando atestada qualquer imprudência, negligência ou imperícia em suas atividades (BRASIL, 2002). Nesse sentido, o prontuário, se preenchido corretamente, constitui-se em prova imprescindível no processo elucidativo de situações legais. As questões jurídicas têm relevância notória nas respostas dos internos, que se dizem atentos ao completo preenchimento do documento para evitar comprometimento judicial. Os estudantes apontaram, também, a necessidade de abordar de maneira mais abrangente o assunto no período pré-internato da graduação:

*“[...] Acho que vários preceptores ensinam como preencher adequadamente, e com ensinamentos de defesa médica. Acho que na faculdade, em teoria, pecamos no aprendizado com algumas leis e alguns pontos para preencher o prontuário da melhor forma” (T1-E03).*

*“[...] Desenvolvi um formato que funciona melhor para o meu raciocínio clínico, e também para a proteção judicial, pensando em sempre descrever de forma correta e precisa as informações trocadas no momento do atendimento” (T1-E04).*

*“[...] A evolução que tive nesse sentido é muito clara, não apenas em termos de objetividade e clareza, mas também de proteção judicial” (T1-E16).*

Conforme o art. 87 do Código de Ética Médica (2009), o prontuário deve ser preenchido com os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina. Grande parte dos estudantes levantou a questão da variabilidade com a qual os prontuários são preenchidos a depender do preceptor. Entretanto, não julgaram isto como fator limitante ao aprendizado, ao contrário, afirmaram ter aprendido e formulado maneiras próprias de preenchê-lo a partir das diferenças observadas:

*“Tive a oportunidade de preencher diversos prontuários sob*

*supervisão dos preceptores, cada um com sua própria maneira, tendo assim a oportunidade de buscar aprender um pouco com cada um. Me sinto preparado para preencher prontuários com qualidade” (T1-E09).*

*“[O preenchimento dos prontuários é] Muito variável de acordo com o preceptor. Alguns têm modelos próprios e formatos que preferem seguir. Outros não ligam muito para como é preenchido. A partir dessas diferentes visões, desenvolvi um formato que funciona melhor para o meu raciocínio clínico [...]” (T1-E04).*

A rotina dos setores do serviço de saúde também influenciou alguns estudantes no aprendizado da formulação do prontuário, sendo apontados as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os ambulatórios como os melhores ambientes para aprender a respeito do adequado preenchimento do documento. O setor de urgência e emergência do hospital foi citado como o local mais difícil para adquirir esse aprendizado:

*“No hospital, foi um pouco empírico [o aprendizado do preenchimento de prontuário], com a ajuda de funcionários do local, se tornando mais difícil, mas suficiente. Na Atenção Básica, você tem mais apoio do preceptor e dessa maneira consegue aprender melhor as funcionalidades do sistema” (T2-E17).*

*“[...] O problema é em plantões de emergência, nos quais não dá tempo de fazer uma anamnese decente. Quando fizemos, acabamos sendo chamados a atenção porque atrasamos o serviço[...]. No ambulatório, dá pra fazer um prontuário bom, na emergência não dá tempo” (T1-E01).*

Em conjunto com as novas tecnologias que, muitas vezes, facilitam o diagnóstico e prognóstico dos pacientes, o exame clínico de qualidade é imprescindível para a prática médica. Segundo Porto (2006), muitos médicos egressam da universidade sem as habilidades necessárias para a realização de um exame físico completo, clinicamente efetivo e que respeita a relação médico-pessoa sob cuidado. Esses fatos são resultantes, entre outros motivos, de diferentes técnicas de ensino, características de equipes de professores e, sobretudo, insuficiência no direcionamento para um exame completo e eficaz (NETO *et al.*, 2017).

Em consonância com a literatura quanto à execução de manobras e técnicas do exame físico, os alunos relataram a variabilidade da instrução a depender dos preceptores. Apontaram a dificuldade de averiguar a correta execução do exame físico uma vez que este, com

frequência, não é conferido pelo preceptor. Entretanto, a dedicação do próprio estudante foi citada como fator determinante no processo de aprendizado:

*“[...] Costumamos examinar os pacientes sozinhos, então é difícil saber se estamos fazendo certo” (T2-E10).*

*“Isso depende muito do serviço. Alguns preceptores explicam mais sobre as técnicas e outros menos” (T1-E15).*

*“Isso pode variar de preceptor para preceptor e, por vezes, ser um pouco confuso. Mas, revisando em casa e discutindo com professores, podemos chegar ao aprendizado tranquilamente” (T1-E10).*

Para além da teoria semiológica, os estudantes que responderam ao questionário demonstraram satisfação com a aprendizagem prática do exame clínico. A maioria dos estudantes relataram que, ao ingressar no internato, passaram a vivenciar com maior frequência os exames físicos, o que possibilitou a consolidação de seus conhecimentos e aperfeiçoamento de hipóteses diagnósticas a partir dos achados clínicos:

*“Creio que seja o momento em que mais temos a oportunidade de ter um paciente disponível a ser estudado e avaliado, por isso tenho buscado compreender e realizar sempre e em todas as visitas. Hoje, vejo como é extremamente importante sua execução para chegar em hipóteses diagnósticas ou mesmo descartá-las” (T2-E06).*

*“Fui aprender só no internato. Acredito que as práticas dos primeiros anos deixam muitas dúvidas, já que as aulas teóricas de determinado sistema nem sempre correspondem à aula prática do mesmo assunto. Era comum aprender sinais semiológicos da insuficiência cardíaca, por exemplo, e não ter nenhum paciente durante todo o semestre com essa patologia” (T1-E01).*

*“Esse aprendizado aumentou progressivamente ao longo do internato. Apesar de conhecermos a técnica durante o período de aulas teóricas, apenas a prática constante dessas técnicas permite o completo entendimento e interpretação” (T1-E04).*

Quanto às orientações relativas à ética médica na execução do exame físico, os estudantes relataram recebê-las de forma satisfatória e de acordo com o estabelecido no Código de Ética Médica (2002), abordado diversas vezes no decorrer da formação teórica. Alguns

estudantes mencionaram que a postura médica no exame físico está atrelada, principalmente, à educação e moral individuais de cada aluno, mas não descartaram a atuação prática como fator importante. Exemplos de condutas adequadas também foram citadas nas respostas, corroborando a efetividade das orientações acerca do tema:

*“Sempre devemos fornecer o maior respeito ao corpo do paciente que nos é confiado. Pedir autorização, explicar o que está realizando, fornecer autonomia e direito de escolha. Há cenários de prática, como leitos compartilhados, em que algumas vezes fica difícil realizar exames com exposição e que sempre somos instruídos na preservação máxima do paciente e a compreender o quanto ele está disposto ao exame” (T2-E02).*

*“A postura ética é construída desde as aulas anteriormente ao internato. Também noto que é moldada de acordo com a moral de cada aluno. No meu caso, através das aulas de semiologia e comunicação médica, fui criando mecanismos que foram sendo aprimorados de acordo com observações dos preceptores e minhas próprias vivências. Cuidados em relação a postura corporal, palavras, detalhes durante o exame físico e abordagens de assuntos delicados vão sendo lapidados ao longo do tempo. Até mesmo a forma de olhar para o paciente, acolher através de determinadas palavras, a maneira de se vestir e se portar” (T1-E10).*

*“Ao longo da formação e durante os componentes de semiologia e clínica, sempre nos foi orientado quanto ao respeito e cuidado. Solicitar permissão, explicar o que será feito e o porquê. Além de ser ética, aproxima do paciente e melhora a relação médico-paciente” (T2-E06).*

Em relação ao esclarecimento de hipóteses estabelecidas e compartilhamento do plano terapêutico com o paciente, a maioria dos alunos lembrou a carga teórica dos ciclos básicos e clínicos, destacando-a como imprescindível para o desenvolvimento comunicativo. Os estudantes citaram a abordagem do Componente Curricular Regular (CCR) de Comunicação em Saúde, ofertado na quinta fase do curso, que busca, em sua teoria, compreender o cuidado centrado na pessoa, a escuta ativa aliada à comunicação efetiva e princípios éticos e humanísticos, bem como assuntos explanados em outros CCR relativos a esse tema, como Saúde Coletiva, Saúde Mental e Ética Médica (UFFS, 2018).

Segundo Lima *et al.* (2021), durante o internato, observa-se menor estímulo ao

desenvolvimento de habilidades de comunicação quando comparado aos ciclos anteriores da formação. Do mesmo modo, os alunos destacaram limitações no que diz respeito às orientações recebidas para as habilidades comunicativas no internato, ressaltando que, por vezes, a empatia e a capacidade de diálogo individuais são as únicas aliadas nesse processo:

*“O treinamento, nesse sentido, é pouco e limitado. Eu faço porque gosto muito de conversar com o paciente e me preocupo com esse aspecto desde os ciclos básico e clínico. Mas, é uma particularidade minha. Não é uma constante do internato” (T1-E02).*

*“Todos os dias, com todos os pacientes, é um novo aprendizado. Cada paciente é único e nos permite não ser engessado. Há momentos em que decisões precisam ser tomadas sem a vigência de um compartilhamento terapêutico, mas sempre que ela é possível de ser realizada acaba sendo feito. Quanto às hipóteses estabelecidas, muitos pacientes já entendem o que está acontecendo. Quando há algo muito novo, difícil, ou dramático, vejo que o fato de ter na graduação habilidades comunicativas e psicologia médica me fez entender que respeitar o tempo do paciente é o principal fator” (T2-E02).*

*“Avalio que boa parte do treinamento, nesse sentido, foi recebido em instruções em aulas antes mesmo do internato, como as de ética e bioética, clínica médica, saúde mental, saúde coletiva. A oportunidade de observar na prática essa comunicação foi preciosa, e permitiu ter uma ideia mais concreta de estratégias para esse processo, bem como pôr em prática em alguns momentos” (T1-E04).*

*“De maneira geral, não somos muito instruídos em relação a isso. Não é incomum nos depararmos com situações em que o paciente não sabe o diagnóstico que tem pela falta de comunicação. Vai da percepção do acadêmico compreender a importância da comunicação para a prática da medicina” (T2-E04).*

*“Nos acostumamos rapidamente com termos técnicos da faculdade de medicina e, por serem usuais para nós, usamos com pacientes. Mas, é fácil detectar, através de um olhar ou uma feição de dúvida, que determinado termo não foi compreendido. Perguntar ao paciente se compreendeu, também é interessante. Deixar aberto para esclarecimento de dúvidas. A partir disso, determinadas condutas conseguem ser discutidas com o paciente e decididas em conjunto sem problema nenhum, isso é muito forte quando entramos de forma mais aprofundada em técnicas da saúde da família, por exemplo” (T1-E10).*

### 3.2 GESTÃO EM SAÚDE

A Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) tem como objetivo aproximar professores e alunos da realidade do SUS, no intuito de formar profissionais capazes de atuar de forma articulada com as necessidades populacionais e integrada com as estratégias do sistema público de saúde (BRASIL, 2014; MENDES *et al.*, 2018). Dessa maneira, tais políticas de integração possibilitam, ao mesmo tempo, aperfeiçoar os aspectos práticos da formação e gerar maior resolutividade, associada à qualificação de ações, aos serviços de atenção em saúde (SILVEIRA *et al.*, 2020).

Nesse sentido, com vistas a alcançar os objetivos educacionais nos cenários de prática, um dos princípios das DCN é o diálogo constante entre instituição de ensino e serviços de saúde (BLANK, 2006). Para facilitar essa integração, é necessário estimular a compreensão de estudantes e profissionais acerca da realidade das atividades de cuidado em saúde, da infraestrutura dos campos de estágio e do caráter educativo que o trabalho adquire, buscando conciliar as demandas do serviço e do ensino para construir relações harmoniosas entre universidade, profissionais de saúde e gestores (REIBNITZ *et al.*, 2012).

Ainda que a relação entre universidade e serviço esteja evoluindo, é possível observar resistência de profissionais e gestores no acolhimento dos estagiários, fato que se reproduz em outros ambientes, conforme descrevem Chaves e Grosseman (2007). Nessa perspectiva, os campos de estágio do curso da UFFS, *Campus Chapecó*, promoveram, de diferentes formas, os processos de adaptação para receber os estudantes em estágio curricular obrigatório. Segundo relatos dos respondentes, ainda assim, situações caracterizadas por atitudes intolerantes de profissionais e falta de estrutura básica para conforto e armazenamento de pertences dos estudantes são muito frequentes nos estágios:

*“Muitos acreditam que os alunos estão apenas atrapalhando o serviço e é comum ouvir comentários desdenhando nossa atuação” (T1-E01).*

*“Existem serviços que são mais organizados e receptivos e outros que não parecem fazer tanto esforço para se organizar em prol dos alunos. Desde abertura para o aluno atender ou até mesmo organização para o mínimo de comodidade. Sinto que existe uma resistência maior à abertura dos espaços para os estudantes, principalmente com relação a local de armazenamento de mochilas, local para descanso no*

*período de intervalo, entre outros” (T2-E17).*

Incorporadas aos serviços de saúde frequentados pelos estudantes, são abrangidas áreas que compreendem cinco grandes especialidades: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva/Saúde Mental. Inseridos em cada área, estão os cenários de Urgência e Emergência, Atenção Básica, Ambulatórios e Bloco Cirúrgico (em especialidades cirúrgicas). A diversificação dos cenários práticos no internato é um tópico abordado pelas DCN e discutido por outros estudos, pois possibilita a vivência de situações variadas da vida profissional, enriquecendo o aprendizado prático e aproximando o estudante da realidade da população (RUIZ; FARENZENA; HAEFFNER, 2010; TEIXEIRA *et al.*, 2015).

Com relação à estruturação geral de atuação dos cenários de prática, os estudantes consideraram satisfatória para a formação do médico generalista. Entretanto, julgam que os locais são numericamente insuficientes para receber o crescente número de estudantes em estágio, gerando uma demanda urgente de ampliação de cenários, conforme responderam os estudantes:

*“Não são [suficientes]. Há congestionamento de acadêmicos e insuficiência de cenários. Há necessidade imediata de ampliar os cenários de prática e as relações interinstitucionais” (T2-E02).*

*“Vejo que os cenários são bons, mas também limitados. Contudo, acredito que o processo ensino-aprendizagem ocorre de modo eficaz. Este poderia ser ampliado se houvessemos mais áreas de práticas” (T1-E08).*

Acerca da percepção da comunidade sobre a atuação dos graduandos nos cenários práticos, os estudantes identificaram como sendo apreciada e, dessa forma, muito positiva, devido ao reconhecimento do auxílio prestado para o sistema de saúde, o que possibilita agilizar atendimentos e, até mesmo, melhorar a qualidade na prestação do serviço. Um estudo qualitativo realizado na Atenção Básica de Montes Claros, Norte de Minas Gerais, apontou resultados semelhantes relacionados ao processo de integração aluno/comunidade, destacando o interesse no aprendizado como fator determinante da qualidade no atendimento (CALDEIRA *et al.*, 2011):

*“Acho interessante, pois não só o estudante aproveita, mas também os serviços são beneficiados. Cada vez mais, percebo que a população*

*aceita melhor a participação em cenários práticos” (T2-E04).*

*“Acho que os estudantes ajudam a desafogar o sistema de saúde em certas áreas como pronto socorro, Atenção Básica e Unidade de Pronto Atendimento” (T2-E17).*

No contexto da pandemia do COVID- 19, devido à necessidade de suprir a demanda dos atendimentos e após a declaração nacional de Emergência em Saúde Pública (BRASIL, 2020), o Ministério da Saúde instituiu, em 23 de março de 2020, a Portaria nº 492 que instituiu a ação estratégica “O Brasil Conta Comigo”. Dentre as medidas estava a convocação de graduandos da área da saúde em estágio curricular obrigatório para atuar nos atendimentos (BRASIL, 2020). Ilustrando essa realidade, os estudantes relataram auxiliar de maneira ainda mais efetiva no cenário da pandemia de COVID-19:

*“Acredito que estejamos contribuindo muito. Inclusive, em muitos casos, acabamos ‘tocando o serviço’, deixando a parte acadêmica de lado. Não sei o que seria do hospital sem os acadêmicos nesse período de COVID. E como estamos cheios de vontade de atuar, acabamos nos esforçando para atender a demanda do serviço e do preceptor, ainda que em teoria ela extrapole nossa alçada” (T1-E01).*

*“No atual cenário pandêmico, os acadêmicos tornaram-se parte fundamental dos cenários de prática, conseguindo desafogar grandes demandas e contribuir com os serviços de forma ativa” (T2-E02).*

Alguns alunos salientaram que o aproveitamento dos cenários práticos depende diretamente de sua proatividade, sendo uma das variantes na experiência de cada estudante. Outra variante é a possibilidade de atuação concedida por cada preceptor que, em alguns casos, permite que o estudante atue de forma direta e em outros, que apenas observe, como apontaram os respondentes:

*“Em alguns cenários, temos uma influência muito positiva, como nos pronto-atendimentos e Atenção Básica. Em outros cenários, acabamos não contribuindo muito, mas a observação também é parte do processo de aprendizado” (T1E09).*

*“Como citei anteriormente, depende do interesse de cada um, se é um aluno dedicado e humilde, querendo aprender, ele vai conseguir e inclusive ajudar no local de estágio o qual tem trabalhado. Porém,*

*ainda noto alguns alunos desobedecendo normas e tentando se sobrepor aos colegas, aparecendo em estágios aos quais não está destinado” (T1-E10).*

*“A atuação sofre muita influência da proatividade e disposição do estudante. Nesse sentido, a liberdade de atuação está muito atrelada a individualidades do estudante” (T2-E08).*

*“A atuação depende de vários fatores como o cenário de prática, o preceptor e o próprio estudante. Muitas das vezes, a nossa atuação é zero porque o cenário/preceptor não nos dá espaço, outras vezes, atuamos com o máximo de aproveitamento possível nesse período que estamos graças a confiança e ao espaço cedido pelo preceptor” (T2-E11).*

De acordo com as DCN de 2001 e de 2014, o perfil de egresso almejado para o curso de Medicina inclui a capacidade de contribuir e atuar no contexto dos serviços públicos de saúde. Em consonância a esse objetivo, em 2004, a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) buscou introduzir no internato a disciplina “Saúde Coletiva/Gestão e Planejamento em Saúde” (SC/GP), que visa uma experiência prática na gestão do cuidado dentro dos serviços de saúde de modo a contribuir com a eficácia do serviço. A disciplina tem uma carga horária de 40 horas-aula e é desenvolvida ao longo do 5º ano do curso. Dentre os eixos temáticos que referenciam as atividades destacam-se a clínica ampliada; projeto terapêutico singular; trabalho em equipe, equipes de referência e de apoio matricial; interdisciplinaridade; gestão da atenção em saúde; gestão colegiada e rede de cuidados. Embasado nesses conceitos, os alunos são incumbidos de desenvolverem soluções para as demandas apresentadas pelos serviços e equipes de saúde (CARVALHO *et al.*, 2009).

No presente estudo, grande parte dos internos do curso de medicina da UFFS *Campus* Chapecó, quando questionados a respeito do incentivo para participar de planejamento, projetos e ações no âmbito do SUS, afirmaram não existir encorajamento por parte dos pontos da RAS, excetuando-se a Atenção Básica. No entanto, deram destaque para o estímulo ofertado no ciclo pré-internato do curso, especialmente nos CCR de Saúde Coletiva, que os capacitou para pensar em possíveis soluções para as demandas do serviço. Uma das razões pelas quais esse estímulo não é ofertado na prática, segundo alguns alunos, é a sobrecarga do sistema, que limita o tempo dos profissionais em detrimento da dedicação às estratégias de melhoria e debate sobre o assunto:

*“Durante o ciclo da Saúde Coletiva, somos constantemente incentivados. Depois, há casos esporádicos que suscitam esse incentivo” (T1-E11).*

*“Estamos inseridos na RAS, seja na atenção Básica ou nos serviços de emergência. Então, acabamos colaborando com o andamento do serviço. Contudo, há pouco incentivo para participar de projetos mais diversificados do SUS ou para entender sua parte política” (T1-E01).*

*“Há diversos cenários, mas vejo que, em muitos deles, permanecem profissionais de saúde esgotados e que por vezes não conseguem ou não são oportunizados a desenvolverem seus melhores planejamentos e projetos. Há uma sobrecarga no sistema que em determinados momentos acabam por sufocar os profissionais e limitarem seu tempo em planejamento e avaliações” (T2-E02).*

*“Quase inexistente. O único momento em que senti incentivo nesse sentido foi no estágio da Atenção Básica, em Xanxerê, participando de reuniões do conselho municipal de Saúde, reuniões de equipe da UBS, etc. No geral, as práticas do internato são voltadas para o atendimento médico, procedimentos, diagnóstico e conduta” (T1-E04).*

*“Escasso, o internato médico tem importante foco na atuação médica frente ao paciente, em poucos momentos, tive a oportunidade de debater sobre os projetos no âmbito do SUS, majoritariamente em conversas informais com os preceptores” (T1-E09).*

### **3.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

O internato médico da UFFS, *Campus Chapecó*, é estruturado em um regime de rodízios de especialidades médicas em que os internos transitam por cenários da Atenção Primária, Secundária e Terciária, propiciando uma aproximação com muitas realidades que serão enfrentadas no futuro profissional (BLANK, 2006). Para que seja possível adquirir as habilidades esperadas para cada rodízio, é importante que haja planejamento do programa, organização e boa comunicação entre preceptoria e estudantes.

Nesse sentido, a maioria dos respondentes do questionário elencou como o rodízio mais organizado o de Ginecologia-Obstetrícia, seguido por Atenção Básica, Pediatria, Cirurgia Geral e Clínica Médica. Entre as qualidades que destacaram a especialidade mais organizada estão a realização de aulas teóricas durante o rodízio, horários definidos com antecedência e bom aproveitamento de carga horária, com cenários diferentes que proporcionaram variedade

e dinamicidade ao aprendizado. Acerca das outras áreas citadas, ressaltou-se comprometimento da preceptoria com o regime do internato, boa comunicação entre preceptores e estudantes e clareza nas avaliações propostas:

*“[O rodízio mais organizado foi] Saúde da mulher I, porque a professora responsável foca muito nesse aspecto de nos proporcionar não apenas horas de estágio, mas horas de estágio proveitoso; ela tinha uma boa comunicação com os preceptores, então não acontecia de, por exemplo, chegarmos em um ambiente de prática e o preceptor não estar lá e não havíamos sido avisados sobre. Ela nos deu, sempre, acesso às horas de início e término do estágio em todos os ambientes, o número total de horas semanais, e sempre nos colocou em espaços nos quais tivéssemos coisas para fazer, então o estágio é sempre proveitoso. Isso se repetiu em Saúde da Mulher II, apesar da falta de preceptores” (T1-E16).*

*“[O rodízio mais organizado foi] Cirurgia do quinto ano, pois o coordenador orientou o rodízio e estava presente dando aulas. O rodízio de ginecologia também sempre foi bem-organizado, com aulas, atividades práticas e boa comunicação entre alunos e coordenador” (T1-E15).*

Por outro lado, os estudantes apontaram como o rodízio menos organizado o de Clínica Médica, seguido por Cirurgia, tendo por motivos: falta de orientação prévia ao estágio, insuficiência de discussão de casos e aulas teóricas, instabilidade de cronograma e horários e escassez de preceptores. Algumas dessas falhas, lembraram os respondentes, decorreram da pandemia de COVID-19, que teve início no Brasil meses após a implantação do internato médico do curso em Chapecó.

*“[O rodízio menos organizado foi] Clínica Médica. Pois não havia momentos de discussões aprofundadas de casos ou aulas teóricas, além de passarmos com vários preceptores que, muitas vezes, possuem rotinas diferentes dentro do hospital e não conversam entre si” (T2-E01).*

*“[O rodízio menos organizado foi] Clínica médica. Pois muitos preceptores foram deslocados para áreas de atendimento covid e resultou em instabilidades de cronogramas/incertezas. A cada momento um preceptor pode ser deslocado a atendimentos covid e acabar por ficarmos sem preceptor” (T2-E02).*

*“[O rodízio menos organizado foi] Cirurgia. Os preceptores não foram receptivos e alguns até falaram que não se empenhariam para nos ensinar porque não recebiam dinheiro pra isso. Ao final do rodízio também não fomos avaliados, não temos uma nota, não temos um Feedback” (T2-E11).*

Os estágios em Atenção Básica, Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria foram lembrados duas, uma e nenhuma vezes, respectivamente, como rodízios desorganizados. Na Atenção Básica, os estudantes sentiram falta de devolutivas acerca de instrumentos avaliativos realizados. Acerca do rodízio de Ginecologia-Obstetrícia, o interno destacou os transtornos causados pela locomoção até o cenário de prática em outra cidade:

*“Dos que passei (atenção básica, clínica médica e ginecologia), o rodízio de ginecologia e obstetrícia - especificamente quando se passa na maternidade de Xanxerê, foi desorganizado. Os estudantes precisam viajar 2h/dia para ir até a cidade e na maioria dos dias, as atividades são principalmente durante a manhã pois os médicos plantonistas não estão muito disponíveis a ensinar e não há um bom volume de pacientes. Apesar disso, os estudantes ficam no hospital sem fazer nada e sem poder ir embora antes (há horário pré-definido para o retorno a Chapecó)” (T2-E04).*

*“[O rodízio menos organizado foi] Atenção Básica I. A coordenadora em nenhum momento entrou em contato com os acadêmicos para dar orientações” (T1-E14).*

*“[O rodízio menos organizado foi] O de atenção básica, pois em nenhum momento tivemos contato com quem organizou a matéria e também não tivemos devolutiva do caso clínico enviado” (T1-E15).*

O papel do preceptor como mediador do processo de ensino-aprendizagem é auxiliar na transição da universidade para a realidade da profissão médica, resgatando conhecimentos teóricos e integrando-os à prática clínica (FRANCO, 2013). Para auxiliar os estudantes no desenvolvimento de habilidades médicas de maneira efetiva, espera-se que o preceptor possua competências específicas como médico e educador, busque metodologias que facilitem o aprendizado e auxilie o graduando nas atividades realizadas nos cenários práticos, orientando-os e facilitando sua habituação ao cotidiano profissional (BOTTI; REGO, 2008).

Através das observações dos estudantes, é possível perceber que grande parte das características desejadas para uma preceptoria satisfatória está presente no internato do curso

de Medicina da UFFS, *campus* Chapecó, conforme reforçam os recortes de falas que seguem:

*“Os preceptores são ótimos. Alguns não discutem tanto os casos conosco e já dão a conduta, mas sempre estão abertos para eventuais dúvidas” (T2-E10).*

*“A qualidade é relativa. Depende do profissional e da disposição dele. Já tive tanto experiência boa quanto ruim” (T2-E11).*

*“Em sua grande parte, [a preceptoria é] extremamente positiva. Me senti bem recebido pela maioria dos profissionais que acompanhei, bem como aprendi muito com cada um deles. Algumas exceções existem, mas considero isto inerente às relações humanas, existem pessoas mais e menos receptivas” (T1-E09).*

Entretanto, observam-se dificuldades devido ao número reduzido de preceptores que conduzem o total de estudantes em estágio nos serviços de saúde, tal como da não-remuneração de muitos desses profissionais, questões apontadas pelos participantes. Tal fato ocorre em outros Estados e é corroborado pelo estudo realizado com profissionais de saúde da RBS da SMS do Rio de Janeiro sobre a atividade de preceptoria que apontou os principais motivos pelos quais não há motivação, entre os profissionais médicos, para exercê-la. Dentre estes foram citados além da falta de remuneração, sobrecarga de trabalho, interferência na relação médico/paciente e divisão do espaço físico (TRAJMAN *et al*, 2009):

*“Alguns preceptores estão muito à vontade conosco, outros demonstram que não gostam de nossa presença (a minoria). Contudo, muitos não recebem nenhuma contrapartida para aceitar alunos; então é o que tem. O jeito é ter uma boa relação interpessoal e tentar sugar o máximo do conhecimento, a despeito dessas questões burocráticas” (T1-E01).*

*“Temos preceptores excelentes, muito capacitados e dedicados. Infelizmente, a dificuldade com o pouco número de bolsas de preceptoria acaba refletindo, muitas vezes, na motivação desses preceptores, sendo que alguns acabaram desistindo de nos receber nos serviços por esse motivo” (T1-E04).*

*“Acredito que a preceptoria poderia ser melhor. Esse é um ponto fraco do internato. Temos poucos preceptores de fato, muitas vezes, passamos apenas com o médico plantonista e alguns deles não se*

*disponibilizam em ensinar o estudante” (T2-E04).*

As considerações financeiras e o acúmulo de funções foram citados em outros estudos como fatores limitantes ao maior envolvimento dos preceptores com o ensino médico (BARRETO; MARCO, 2014; PIGGOTT, 2015). No entanto, o desejo de participar de um processo de educação efetivo e significativo mostrou-se motivação relevante e suficiente para despertar o comprometimento e a busca por qualificação de muitos profissionais (BRINK; POWER; LEPPINK, 2020).

Dada a proximidade entre preceptor e preceptorado nos dois últimos anos do curso, as características das relações interpessoais têm papel importante na efetivação dos processos de aprendizado supracitados, uma vez que, além de orientar tecnicamente, o preceptor, muitas vezes, torna-se um mentor, participando da formação pessoal e moral dos graduandos (BOTTI; REGO, 2011).

Nesse sentido, os estudantes de medicina da UFFS, *campus* Chapecó, percebem em muitos de seus preceptores a cordialidade, amizade e respeito esperados de bons profissionais. No entanto, a comunicação ainda apresenta falhas, com a presença de médicos que impõem uma hierarquização na relação, atrapalhando o diálogo e o esclarecimento de dúvidas:

*“De uma maneira geral, funciona bem. Conseguimos, ao longo dos estágios, desenvolver uma relação bastante amistosa e, não infrequente, desenvolvemos relação de amizade com eles. Percebo que a relação entre acadêmico e preceptor depende muito da demonstração de interesse e participação ativa e que, uma vez estabelecida relação de confiança, conseguimos ter cada vez mais estágios mais produtivos. Nesse sentido, os estágios em que ficamos mais tempo em um mesmo setor, permitem desenvolvimento de relações mais profundas e, conseqüentemente, com a confiança de preceptores e equipe, conseguimos ter práticas com maior autonomia e exercitar nossa profissão de maneira mais próxima da realidade” (T1-E04).*

*“Tem-se muito o que melhorar, mas claro que não é possível generalizar. Ainda dá para perceber um certo bloqueio hierárquico durante as preceptorias, deixando os internos intimidados a perguntar e interagir mais” (T1-E04).*

A inserção dos estudantes nos mais diversos cenários práticos no período do internato possibilita a melhor compreensão do funcionamento desses serviços e os preceptores representam modelos a serem ou não seguidos de acordo com suas características e condutas,

tais como acessibilidade, comprometimento e disponibilidade (MISSAKA; RIBEIRO, 2009). Nesse sentido, a percepção dos estudantes acerca dos profissionais é predominantemente positiva, levando em consideração tanto a atuação como médicos dos serviços, como no que diz respeito às atividades como educador:

*“A maioria dos preceptores são excelentes profissionais e têm como primeira prioridade manter ótimos atendimentos dentro das possibilidades de cada serviço” (T1-E04).*

*“[Os preceptores] são muito bons; deixam espaço para os estudantes, suas dúvidas e questionamentos” (T1-E08).*

*“Como comentei em outras perguntas, não são muitos médicos que desempenham o papel de preceptor, mas, os que o fazem, atuam muito bem e estão sempre disponíveis a contribuir para a aprendizagem do estudante” (T2-E04).*

O período de estágio curricular obrigatório é essencial para a consolidação do aprendizado, pois, de acordo com Lobo (2015), a teoria emerge da prática. Isto é, ao aproximar os estudantes de problemáticas reais, seu conhecimento prévio sobre o assunto será mais facilmente recordado. Do mesmo modo, os estudantes apontaram o internato como a fase mais importante para a efetivação da construção de conhecimentos dentro do curso, em que puderam consolidar a teoria e aprender novas técnicas:

*“Positiva, a intensa vivência prática nos ambientes de atuação proporcionam um aprendizado exponencial” (T1-E09).*

*“Para mim, o internato é a parte mais importante até agora da formação, a qualidade por si só é excelente através das experiências adquiridas. A qualidade do aprendizado varia conforme oportunidades e principalmente interesse do acadêmico, como em qualquer lugar, vincular a prática com estudos e revisões em casa sobre os temas vistos é fundamental” (T1-E10).*

Entretanto, alguns pontos do processo de ensino-aprendizagem foram levantados como insuficientes, demandando aprimoramentos, como a inserção de aulas teóricas e discussões acadêmicas com assuntos recorrentes nos atendimentos. Mais plantões em pronto socorro e unidade de pronto atendimento também foram sugeridos para adquirir habilidades características dessas áreas:

*“Acredito que poderíamos ter algumas aulas teóricas pontuais com os assuntos que mais aparecem nos atendimentos/internações a fim de fixar mais o conteúdo” (T2-E10).*

*“[...] Sinto falta de discussões mais acadêmicas sucintas, dentro da carga horária, que englobam aspectos mais importantes da formação” (T1-E01).*

*”Acho que algumas melhorias precisam ser consideradas, tanto em cenários de prática quanto em discussões teóricas, como por exemplo, mais plantões em pronto-socorro e UPA ajudam bastante a adquirir habilidades, que neste momento sinto mais deficitária” (T1-E03).*

O curso de medicina da UFFS, *campus* Chapecó, tem como objetivo formar profissionais generalistas, competentes para atuar na Atenção Básica e capazes de manejar de forma correta o paciente no contexto do SUS (UFFS, 2018). Neste sentido, quando questionados sobre a influência do internato na atuação generalista ou no anseio pela formação especializada, alguns alunos afirmaram que passar por áreas especializadas contribui indispensavelmente para a formação generalista, uma vez que permite que eles conheçam melhor o sistema de saúde e as condutas frente à necessidade de encaminhamentos.

Os respondentes afirmam, também, que há um viés na escolha das áreas a serem seguidas de acordo com as experiências particulares de cada um, posto que alguns preceptores os incentivam ou os desestimulam dependendo da forma como conduzem as orientações na prática:

*“É onde todos os saberes são integrados e interligados. Não há médico generalista sem o internato médico generalista e especialista. Vejo ainda muitos déficits nas especialidades, que espero que sejam solucionados” (T2-E02).*

*“A experiência vivida nas cinco grandes áreas é a base para o médico generalista. O contato amplo auxilia na tomada de decisões e na orientação de redes e serviços adequados a cada paciente” (T2-E06).*

*“Acredito que seja fundamental. Tanto na área generalista que aprendemos o básico de todas as áreas como também para especialistas, tendo uma visão geral, não limitando o conhecimento apenas na área a ser especializada, nos preparando para diversos cenários realistas” (T2-E11).*

*“A experiência vivida nas cinco grandes áreas é a base para o médico generalista. O contato amplo auxilia na tomada de decisões e na orientação de redes e serviços adequados a cada paciente” (T2-E06).*

*“[...] acredito que possa haver um viés ‘preceptor-dependente’, pois muitas pessoas desistem de ser generalistas ou especialistas devido a experiências traumáticas no internato” (T1-E01).*

Nos cenários educacionais, a avaliação constitui instrumento de esclarecimento acerca da efetividade das atividades desenvolvidas para o processo de aprendizagem do estudante, englobando suas competências, conhecimentos e atitudes, do mesmo modo que auxilia no direcionamento das ações dos educadores, possibilitando reconhecimento de fragilidades e aperfeiçoamento das técnicas de ensino (SOUSA; HEINISCH, 2012).

No internato médico, o método de avaliação tem caráter formativo e somativo, incorporando uma avaliação contínua, com constantes devolutivas e sugestões aos estudantes, às ferramentas que verificam o desempenho de forma quantitativa (BAFFA, 2008). Segundo o regulamento do internato da UFFS, *Campus Chapecó*, os métodos quantitativos podem ser realizados através de avaliação teórica em componentes que possuem crédito-aula, mas não devem ultrapassar 20% da nota final do estudante. Assim, o regulamento sugere priorizar as avaliações através de atividades práticas e por meio de análise de postura do interno.

Os métodos utilizados para a avaliação são bem vistos pela maioria dos estudantes, que consideram a associação do processo avaliativo por meio da observação dos preceptores às ferramentas teóricas adequadas e dinâmicas. Entretanto, nota-se a insuficiência de devolutivas após as avaliações e de esclarecimento sobre os critérios adotados, o que dificulta o aprimoramento de condutas e correção de possíveis falhas, conforme apontam alguns respondentes:

*“Tive pouco acesso ao processo avaliativo. Do pouco que tive conhecimento, achei adequado. Mas, sugiro que tal processo seja mais divulgado” (T1E05).*

*“Deveria ser mais organizado. Cada estágio é de um jeito... em alguns não sabemos nem o que foi avaliado. Na teoria, falaram que nós saberíamos mas, na prática, não aconteceu” (T2E11).*

*“Acredito que, no geral, ele é muito bom, mas sinto falta de mais*

*devolutivas. Não apenas do lado bom, mas do lado ruim também, do que fiz de errado e do que preciso melhorar; senão, posso estar cometendo os mesmos erros há um ano e meio sem perceber porque ninguém me falou sobre” (TIE16).*

Diferentes maneiras de realizar devolutivas educacionais estão estabelecidas entre os professores de medicina e seguem alguns princípios similares. De acordo com esses princípios, os *feedbacks* devem ser realizados pelos preceptores em tempo oportuno e em um ambiente acolhedor, objetivando desenvolver, em conjunto com os estudantes, estratégias para aprimorar as características apontadas. Ainda, é necessário que sejam efetuados de forma subjetiva e individual, considerando as particularidades de cada aluno, para que atinjam seu propósito de aperfeiçoar comportamentos e qualidades específicas (MAHAJAN, 2021).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da análise das respostas dos discentes, é possível inferir que a implementação do internato do curso de Medicina da UFFS, *campus* Chapecó, está sendo moldada de acordo com as orientações preconizadas pelas DCN. A respeito do apontamento de fragilidades, por se tratar das primeiras experiências de efetivação do internato na universidade, é notória a mudança no padrão de formação flexneriano, centrado no modelo hospitalocêntrico e cientificista para uma formação médica generalista, humanista, crítica e reflexiva como objetivado pelas diretrizes vigentes.

Em razão da coleta de dados ter se dado a partir de um questionário extenso e com perguntas discursivas, a adesão dos alunos foi um fator limitante. Quarenta e quatro estudantes não participaram do estudo, algumas respostas foram insuficientes e por consequência descartadas no processo de análise. Além disso, devido às circunstâncias do período de pandemia do COVID-19 e o abreviado tempo para o desenvolvimento da pesquisa, foi preciso priorizar um elemento integrante do internato (os discentes), excluindo-se outros importantes como idealizadores, coordenadores e preceptores, além dos serviços de saúde onde foram realizados os estágios, fator que representa outra limitação do estudo.

Para melhor aprofundar a avaliação referente ao processo de implementação do internato de Medicina da UFFS, *Campus* Chapecó, e por se tratar de um processo em contínuo aperfeiçoamento, faz-se necessário o desenvolvimento de novas pesquisas que englobem os atores não abordados neste estudo. Ademais, o desenvolvimento de avaliações semestrais do estágio curricular obrigatório pode ser realizado embasando-se neste trabalho a fim de

identificar potencialidades e fragilidades dos próximos ciclos e, assim, buscar soluções para seu aprimoramento.

## REFERÊNCIAS

ADLER, M. S.; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Formação médica e serviço único de saúde: propostas e práticas descritas na literatura especializada. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 3, p. 388-396, set. 2014.

BAFFA, A. M. **Internato Médico: Desafios da Avaliação da Aprendizagem em Serviço**. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, p. 105. 2008.

BILO, A. C. **Prontuário médico**. Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, 19 de julho de 2009. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/Prontuario-medico-13-713.shtml>. Acesso em 17 de ago, 2021.

BLANK, D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 1, p. 27-31, abr. 2006.

BRASIL. **Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm). Acesso em: 20 ago, 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. **Resolução no 3, de 20 de junho de 2014: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. **Resolução no 4, de 7 de novembro de 2001: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. [Internet]. Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução no 3, de 20 de junho de 2014: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, 2014. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category\\_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192). Acesso em 17 de ago, 2021.

BRASIL. **Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União; 4 fev 2020. Edição 24-A, Seção 1 - Extra, p. 1.

BRASIL. **Portaria nº 492, de 23 de março de 2020: Institui a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo”, voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19)**. Diário Oficial da União; 23 mar

2020. Edição 56-C, Seção 1 - Extra, p. 4.

BRINK, Darin; POWER, David; LEPPINK, Eric. Results of a Preceptor Improvement Project. **Family Medicine**, Jacksonville, Fl, v. 52, n. 9, p. 647-652, 1 out. 2020. Disponível em: <https://journals.stfm.org/familymedicine/2020/october/brink-2019-0401/>. Acesso em: 13 out. 2021.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 363-373, set. 2008.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. T. A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011.

CALDEIRA E. S. *et al.* Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. v. 35, n. 4, p. 477-485 dez. 2011.

CÂNDIDO, Patrícia Tavares da Silva; BATISTA, Nildo Alves. O Internato Médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um estudo em escolas médicas do estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 36-45, jul. 2019.

CARVALHO S. R. *et al.* Reflexões sobre o ensino de gestão em saúde no internato de medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** v.13, n.29, p.455-65, 2009.

CHAVES, I. T. S.; GROSSEMAN, Suely. O Internato médico e suas perspectivas: estudo de caso com educadores e educandos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Florianópolis, v. 31, n. 3, p. 212-222, dez. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Documentos médicos**. Brasília, 17 de setembro de 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em 25 set. 2021.

FERREIRA, M. J. M. *et al.* New National Curricular Guidelines of medical courses: opportunities to resignify education. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 23, n.1, 2019.

FERREIRA, R. C. *et al.* Aprendizagem Baseada em Problemas no Internato: há continuidade do processo de ensino e aprendizagem ativo? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 39, n. 2, p. 276-285, jun. 2015.

FRANCO, F. M. Visão Discente do Papel da Preceptoria Médica na Formação dos Alunos de Medicina. **Revista de Educação em Ciência e Tecnologia**, v. 6, n. 2, p. 229-249, jun. 2013.

LIMA, Ana Gláucia Paulino *et al.* Comunicação clínica no internato: habilidade em interface com o currículo integrado e orientado por competência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 1-9, 2021.

LOBO, Luiz Carlos. Educação Médica nos Tempos Modernos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 328-332, jun. 2015.

MAHAJAN, Rajiv. Principles of effective educational feedback: a pictorial epilog. **International Journal Of Applied And Basic Medical Research**, Bathinda, Punjab, India, v. 11, n. 1, p. 1, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33842287/>. Acesso em: 13 out. 2021.

MENDES E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, T. M. C. *et al.* Interação ensino-serviço-comunidade no Brasil e o que dizem os atores dos cenários de prática: uma revisão integrativa. **Rev Cienc Plur**. 2018; 4(1):98-116.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, abr. 2014.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V.M.B. A preceptoria na formação médica: subsídios para integrar teoria e prática na formação profissional- o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica. **VII ENPEC- Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências**. 2009.

NETO, S. G. K. *et al.* O Ensino de Habilidades Clínicas e a Aplicabilidade de um Guia Simplificado de Exame Físico na Graduação de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Belém - PA, v. 41, n. 2, p. 299-309, mar./2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/Y4XkFBjNy8rdjcgGkRGjpWK/?format=html>. Acesso em: 6 out. 2021.

PIGGOTT, Thomas. Preceptor engagement in distributed medical school campuses. **Canadian Medical Education Journal**, Kitchener, On, v. 2, n. 6, p. 20-28, dez. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4795080/>. Acesso em: 13 out. 2021.

PORTO, Celmo Celeno. O outro lado do exame clínico na medicina moderna. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Goiânia, v. 87, n. 4, p. 124-128, out./2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/sR9Tk7Q9ZByBhZ97XTJ4rvk/?lang=pt>. Acesso em: 6 out. 2021.

REIBNITZ, K. S. *et al.* Rede docente assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: reflexos da implantação dos projetos pró-saúde i e ii. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 12, p. 68-75, mar. 2012.

ROS, M. C.; PAGLIOSA, F. L. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 32, nº4, out./dez. 2008.

SILVEIRA, J. L. G. C. *et al.* Percepções da integração ensino-serviço-comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, n. 8, p. 1-17, mar./2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/j9Mjwxnhsp8wnGsFbjtKGDC/?lang=pt>. Acesso em: 3 jul. 2021.

TEIXEIRA, L. de A. S. *et al.* Internato Médico: o desafio da diversificação dos cenários da prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 226-232, jun. 2015.

TRAJMAN A. *et al.* A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 33, n. 1, p. 24-32, ago. 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL (UFFS). **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina, Campus Chapecó**. Santa Catarina, 2018. Disponível em: [https://www.uffs.edu.br/atos-normativos/ppc/ccmech/2018-0001/@download/documento\\_historico](https://www.uffs.edu.br/atos-normativos/ppc/ccmech/2018-0001/@download/documento_historico). Acesso em 17 de ago, 2021.

VIEIRA, S. de P. *et al.* A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 189-207, set. 2018.

Bárbara Serafini Breda  
Luana Emanuele Bidoia Garcia  
*acadêmicos(as)*

**Análise da Implementação do internato médico da UFFS, Campus Chapecó**

Trabalho de curso de graduação apresentado como requisito para obtenção de aprovação no respectivo componente da grade do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul - *campus* Chapecó.

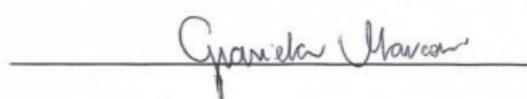
Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Graciela Soares Fonseca (UFFS/Chapecó)

Este trabalho de curso foi defendido e aprovado pela banca em: 21 de outubro de 2021

**BANCA EXAMINADORA**



Prof.<sup>(a)</sup>. Dra. Graciela Soares Fonseca (UFFS/Chapecó)  
Presidente e Orientador(a)



Prof.<sup>(a)</sup> Me Grasiela Marcon (UFFS/Chapecó)  
Membro da Banca Avaliadora

---

Prof.<sup>(a)</sup> Me Thais Helou (UFFS/Chapecó)  
Membro da Banca Avaliadora

